

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2023-289

21.4.2023

Frende Skadeforsikring AS

Reisesyke

Trafikkulykke – nakkeskade – årsakssammenheng – vmi – utgifter til spesialisterklæring.

Forsikrede var utsatt for en trafikkulykke i utlandet, hvor han ble påført en nakkeskade. Forsikringsforetakets rådgivende lege vurderte vmi til 5 % etter ulykken, og foretaket utbetalte erstatning basert på 5 % vmi. Forsikrede var omfattet av ulykkesforsikring i to andre foretak, og det ene utbetalte erstatning basert på 10 % vmi. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde krav på ytterligere ménerstatning, subsidiært spørsmål om foretaket måtte dekke utgifter til innhenting av spesialisterklæring. Nemnda bemerket at det var forsikrede som hadde bevisbyrden i saken og at selskapet ikke pliktet å innhente/bekoste en spesialisterklæring. Nemnda uttalte videre at forsikrede ikke hadde sannsynliggjort en invaliditetsgrad som oversteg det foretaket hadde erkjent ansvar for og foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede var utsatt for en trafikkulykke i utlandet 6.7.16. Forsikrede var omfattet av flere forsikringer på skadetidspunktet, herunder reiseforsikring i forsikringsforetaket (heretter foretaket), ulykkesforsikring i foretak X og ulykkesforsikring i foretak Y. I klagen fremgår følgende oppsummering om forsikredes forsikringsforhold og oppgjør:

Det (utenlandske) bilselskapet til motparten var ansvarlig selskap. Saken ble løst etter (utenlandsk) rett. Det (utenlandske) selskapet var bistått av ... Siden (forsikrede) har holdt seg i arbeid, var det merutgifter som ble dekket (kr 90.000). Det var ikke behov for å få saken nærmere vurdert hva gjaldt medisinsk invaliditet, da ... rett uansett ikke følger det norske systemet. (Forsikrede) er også omfattet av to andre ulykkesforsikringer. Den ene er i (foretak X). (Foretak X) har gjort opp saken etter 10 % varig medisinsk invaliditet, noe (forsikrede) har akseptert.
(...)
(Foretak Y) har fortsatt saken til vurdering.

Det er fremlagt begrenset dokumentasjon i saken, herunder tilbudet fra foretak X. 13.7.22, foretakets rådgivende leges vurdering (udatert) og foretakets oppgjør 18.10.22.

I tilbudet fra foretak X. 13.7.22 er noen journalnotater gjennomgått, og det fremgår at saken ble fremlagt for dets rådgivende lege. Enkelte deler av legens vurdering er også sitert i brevet:

Rådgivende lege påpeker at det er noe uklarhet i dokumenterte opplysninger vedrørende hendelsesforløp, blant annet på grunn av akuttnotater på [annet språk]. Dette gjør det vanskelig å vurdere hvilke plager og funn som er følger av hendelsen. Det påpekes:

"Han skal ha fått et brudd i C7 sin processus spinosus (ryggtaggen). Dette kan være smertefullt initialt, men er et ufarlig, ikke vektbærende brudd, som behandles konservativt. MR tatt etter hjemkomst, den 09.08.16, beskriver imidlertid en normal C7-virvel, slik at det er noe uklart hvorvidt bruddet er et faktum eller om det er en antagelse. Epikrise fra [utlandet] er skrevet 14.07.16. Uvisst hva som skjedde fra dette tidspunkt og frem til han oppsøker fastlegen en måned etter hendelsen. Han rapporterer da om tidvise nakkeplager. Til kiropraktor fremkommer det også at han etter hendelsen har stiv nakke, mild hodepine over øynene, svimmelhet og balanseproblemer".

Videre vurderer rådgivende lege følgende:

"Før hendelsen hadde han i flere år hatt ryggsmarter med utstråling, og det var samsvarende radiologiske funn. I januar 2016 anføres det i notat at han hadde hatt svimmelhet ved hodebevegelse i noen uker, og i ØNH-notat i oktober 2019 refereres det til svimmelhet tre år tidligere som skal ha kommet akutt, og avtatt for så å komme tilbake, men ikke i relasjon til hendelsen. Det anføres at han på det tidspunkt har en del plager med nakke etter hendelsen i 2016, men legen finner intet ved klinisk undersøkelse.

Eneste behandlingen han mottar etter hendelsen er av kiropraktor og fysioterapeut på (behandlingssted). Om han behandles her før hendelsen også, vites ikke. Det rapporteres tidvis frem til 2020 om nakkesmerter og spesielt nakkestivhet. Beskrivelse av klinisk undersøkelse mangelfullt. Han videresendes ikke til hverken ortoped eller nevrolog etter hendelsen, og det er kun sporadiske og enkelte konsultasjoner som omhandler eventuelle plager som kan være relatert til hendelsen".

Det tas MR av nakken både før og etter hendelsen. Det er bukende skiver i flere nivåer samt degenerative forandringer fem måneder før hendelsen, mens det den 09.08.16 beskrives en prolaps i C4/C5, som ved ny MR 03.04.17 beskrives som en bukning igjen. MR viser altså små forandringer like etter hendelsen. Funn på MR er heller ikke sikre, slik at det er ikke mulig å konkludere med hvorvidt hendelsen har medført noen objektive endringer i nakkeregionen".

Foretak X. oppsummerte at dokumentasjonen tilsa en varig medisinsk invaliditetsgrad (vmi) på 0-5 %, men at det var stor usikkerhet i lys av mangelfullt dokumentert hendelse og evt. symptomer og funn. Det valgte å tilby en minnelig løsning på 5 % vmi – som med renter utgjorde kr 41 904.

Foretakets rådgivende lege fikk fremlagt tilbudsbrevet fra foretak X. 13.7.22, og skrev i sin udaterte uttalelse:

Vurdering:

Jeg har ikke gjennomgått den medisinske dokumentasjonen, men støtter meg i hovedsak på opplysningene i (foretak X) sitt første tilbudsbrev. I utgangspunktet heller jeg mot å avslå erstatningskravet siden det etter mitt skjønn ikke foreligger årsakssammenheng med sannsynlighetsovervekt. Jeg innser imidlertid at det kan bli svært krevende all den tid (foretak X) har skapt presedens i saken. Det må derfor være opp til Oppgjør om (foretaket) skal tilby tilsvarende minnelig løsning. Uavhengig av dette vurderer jeg mulig skaderelatert invaliditet til 5 %.

Foretaket utbetalte basert på 5 % vmi, jf. brev 18.10.22. Beløpet var inkl. renter kr 31 482.

Forsikrede klaget til Finansklagenemnda 28.10.22.

Forsikrede har i det vesentlige anført at foretaket må utbetale på bakgrunn av vmi på 10 %. Foretakets konklusjon om vmi på 5 % er basert på et ufullstendig grunnlag, og uten at det er foretatt en vurdering av komplett dokumentasjon, som er oversendt foretaket. Foretaket har lagt tilbudsbrevet fra foretak X. til grunn for vurderingen, men denne ble ikke godtatt av forsikrede, og har ikke dannet grunnlag for oppgjøret fra X. Forsikrede er kjent med at Finansklagenemnda ikke besitter medisinsk kompetanse, og ikke kan ta stilling størrelse på varig medisinsk invaliditet, og at Finansklagenemnda vanskelig kan pålegge foretaket å innhente ny spesialisterklæring. Det er imidlertid ikke foretatt noen medisinsk vurdering av spesialist i denne saken. Finansklagenemnda bør kunne ta stilling til at foretaket har utbetalt forsikringssummen på ufullstendig grunnlag. Når det er forsikringsdekning basert på medisinsk invaliditet, må man forvente at sakens medisinske dokumenter gjennomgås, og at det foretas en forsvarlig og fullstendig gjennomgang og vurdering av årsaksforhold og medisinsk invaliditet av en med korrekt kompetanse.

Foretak X. har oppjustert vmi til 10 %. Om foretaket velger å benytte rådgivende lege i foretak X. til vurdering av vmi, så må foretaket også følge resultatet som foretak X. faller ned på.

Subsidiært anføres at foretaket dekker utgifter til innhenting av spesialisterklæring.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at forsikrede, som har bevisbyrden, ikke har sannsynliggjort en vmi på 10 %. Foretaket plikter ikke å innhente en spesialisterklæring. Ved saker, hvor det foreligger flere ulykkesforsikringer, kan det ikke forventes at hvert foretak, innhenter egen spesialisterklæring, når de medisinske spørsmål fremstår som like for alle foretakene.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken reiser spørsmål om forsikrede har rett til ytterligere ménerstatning, og subsidiært om foretaket må dekke utgifter til innhenting av spesialisterklæring.

Hvilke situasjoner som gir rett til en utbetaling under en forsikring, er avhengig av den avtale som er inngått mellom forsikringstakeren og forsikringsforetaket. Det er kravstiller, altså forsikrede, som har bevisbyrden. Det betyr at det er forsikrede som i tilstrekkelig grad må sannsynliggjøre at vilkårene for ytterligere utbetaling er oppfylt, herunder størrelsen på den varige medisinske invaliditeten. Det bemerkes innledningsvis at foretaket ikke plikter å innhente eller forskuttere dekning av ytterligere sakkyndige erklæringer. Forsikredes subsidiære anførsel om at foretaket må dekke utgifter til innhenting av spesialisterklæring, kan derfor ikke føre frem.

En vurdering av varig medisinsk invaliditet inneholder både en juridisk og en medisinsk vurdering. Nemnda har ikke medisinsk kompetanse, og kan ikke overprøve det medisinskfaglige skjønn som legene utviser i en sak eller foreta medisinske vurderinger. Derimot kan nemnda overprøve erklæringer på et juridisk grunnlag, se for eksempel nemndas avgjørelser 2018-399 og 2018-865.

I denne saken foreligger det to sakkyndige vurderinger av invaliditetsgraden. Den ene er delvis sitert i foretak Xs tilbudsbrev 13.7.22, og den andre fremstår som en vurdering av det som fremgår av foretakets X rådgivende leges vurdering og fremhevede journalnotater i det foretakets tilbudsbrev. Vilkares presisering av at invaliditetsgraden skal fastsettes av lege valgt av Frende, er oppfylt. Det må aksepteres at et forsikringsforetak benytter seg av sakkyndige vurderinger innhentet fra andre foretak. Som nevnt ovenfor kan ikke nemnda pålegge forsikringsforetaket å innhente en ny vurdering.

Slik saken er opplyst for nemnda er det ikke fremlagt noen sakkyndig erklæring hvor invaliditetsgraden fastsettes til noe høyere enn 5 %, som foretaket allerede har utbetalt for. Forsikrede har etter nemndas syn ikke sannsynliggjort en invaliditetsgrad som overstiger den foretaket har erkjent ansvar for.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Mallng (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant) og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).